Le cancer bronchique

Plan

- Epidémiologie
- Facteurs de risque
- Diagnostic positif
  - Circonstances de découverte
  - Symptmoes
  - Radiograpgie thoracique
  - Moyens diagnostic certitude
    - Clinique
    - Endoscopique
    - Briopsie transparietale
    - Autres
- Bilan prethérapeutique
  - Clinique (ps)
  - Bilan d'extension loco-régional et à distance
  - Bilan fonctionnel avant la chirurgie(EFR et cardio)
  - Bilan biologique
- Starification
  - Carcinome non à petites cellules (TNM)
  - Carcinome à petites cellules (limité, etendu)
- Cas particuliers:
  - Pancoast et tobbias
  - Carcinome Bronchiolo-alvéolaire.

Epidémiologie

- Cancer du poumon : Epidémiologie descriptive 1ère cause de morbidité et de mortalité par cancer chez l'homme.

- Facteurs de risque :
  1. Tabac ++++
  2. Expositions professionnelles
  3. Radiations ionisantes,
  4. Alimentation : effet protecteur de fruits et légumes
  5. Susceptibilité génétique

Circonstances de découverte

- Signes d'appel
  1. Respiratoires:
     - Hémoptysies qq soit l'abondance
     - Douleur thoracique (selon l'échelle visuelle analogique)
     - Toux sèche
     - Dyspnée d'effort
  2. Extrarespiratoires:
     - Dysphagies, dysphonies, cervicobrachialgies (en cas de tumeur de l'apex), convulsion , déficit moteur……
  3. Généraux: amaigrissement +/- altération de l'état général surtout chez un fumeur ++++++++
  4. Syndrome paranéoplasique: syndrome de schwartz Barter, …..

Attention à tous ces symptômes chez un fumeur++++

- De découverte fortuite possible

Examen clinique

1. Signes thoraciques:
   - Masse, voussures, asymétrie thoracique
   - Syndrome cave supérieur
   - Syndrome de Claude Bernard Horner (ptosis, myosis, anophtalmie).

2. Signes extra thoraciques
   1. Adénopathies périphérique
   2. Métastases cutanées
   3. Déficit moteur du membre supérieur avec fente de l'éminence thénar.
   4. Associés ou pas à une altération de l'état général
   5. Syndrome paranéoplasique: hippocratisme digital, dermatopolymyosite,
   6. Autres….

3. Examen clinique peut être normal

Score de performance (PS) de l'OMS

0 Activité physique intacte - efforts possibles sans limitation

1 Réduction des efforts - Autonomie complète

2 Personne encore autonome - se fatigue facilement - nécessité de se reposer plus de 6 heures par jour

3 Personne dépendante - lever possible mais ne fait pas sa toilette seule

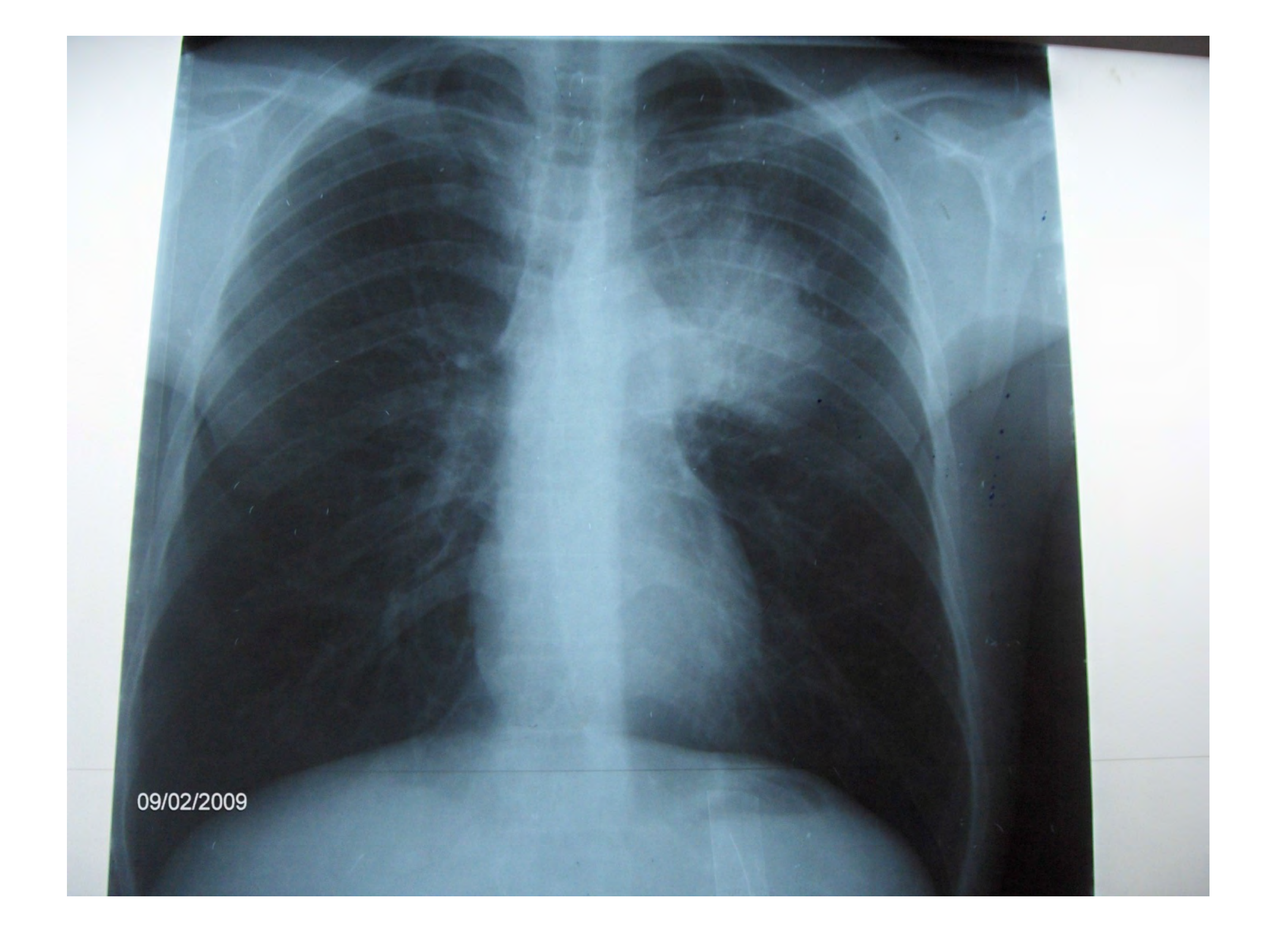
4 Dépendance totale - état quasi grabataire

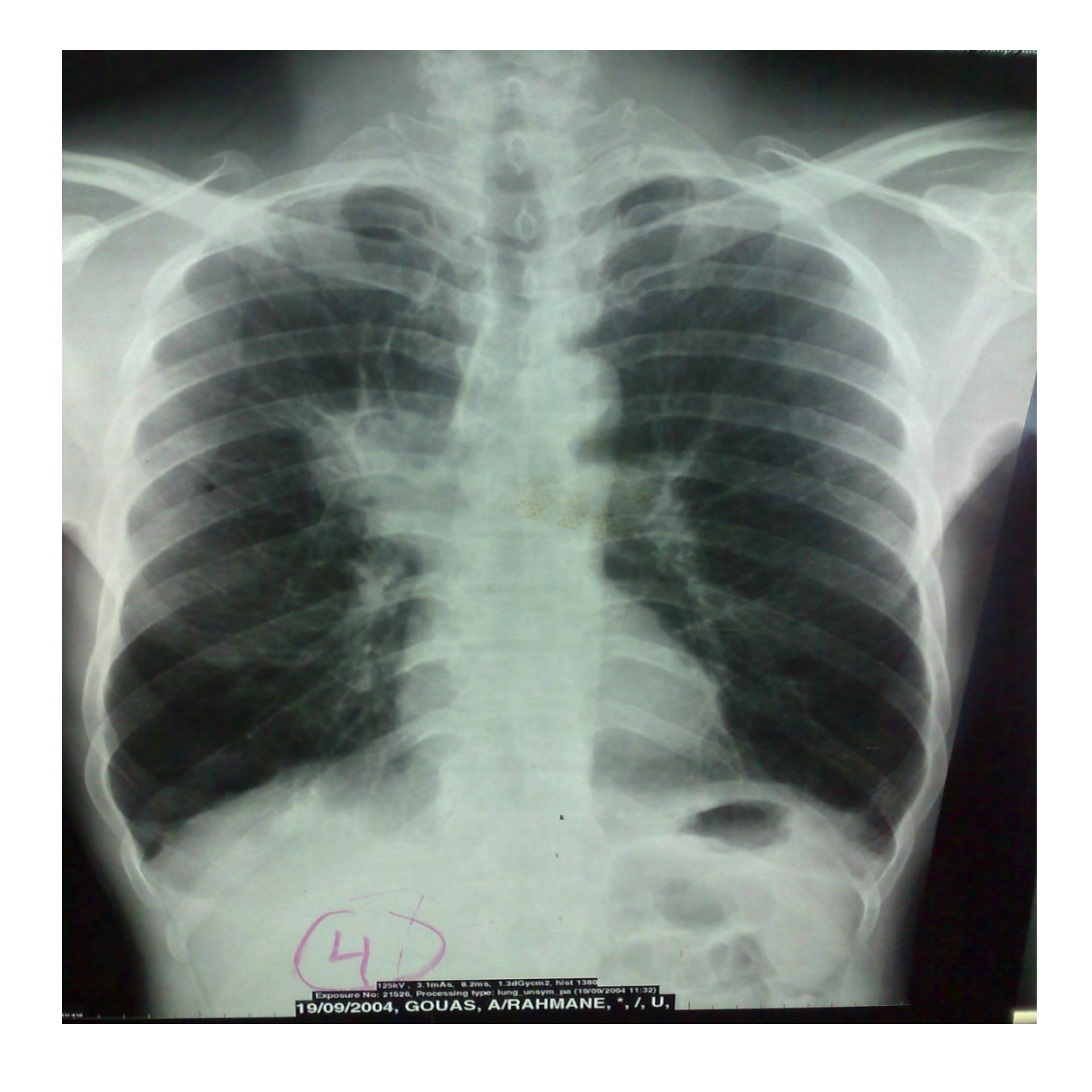
Radiographie thoracique standard

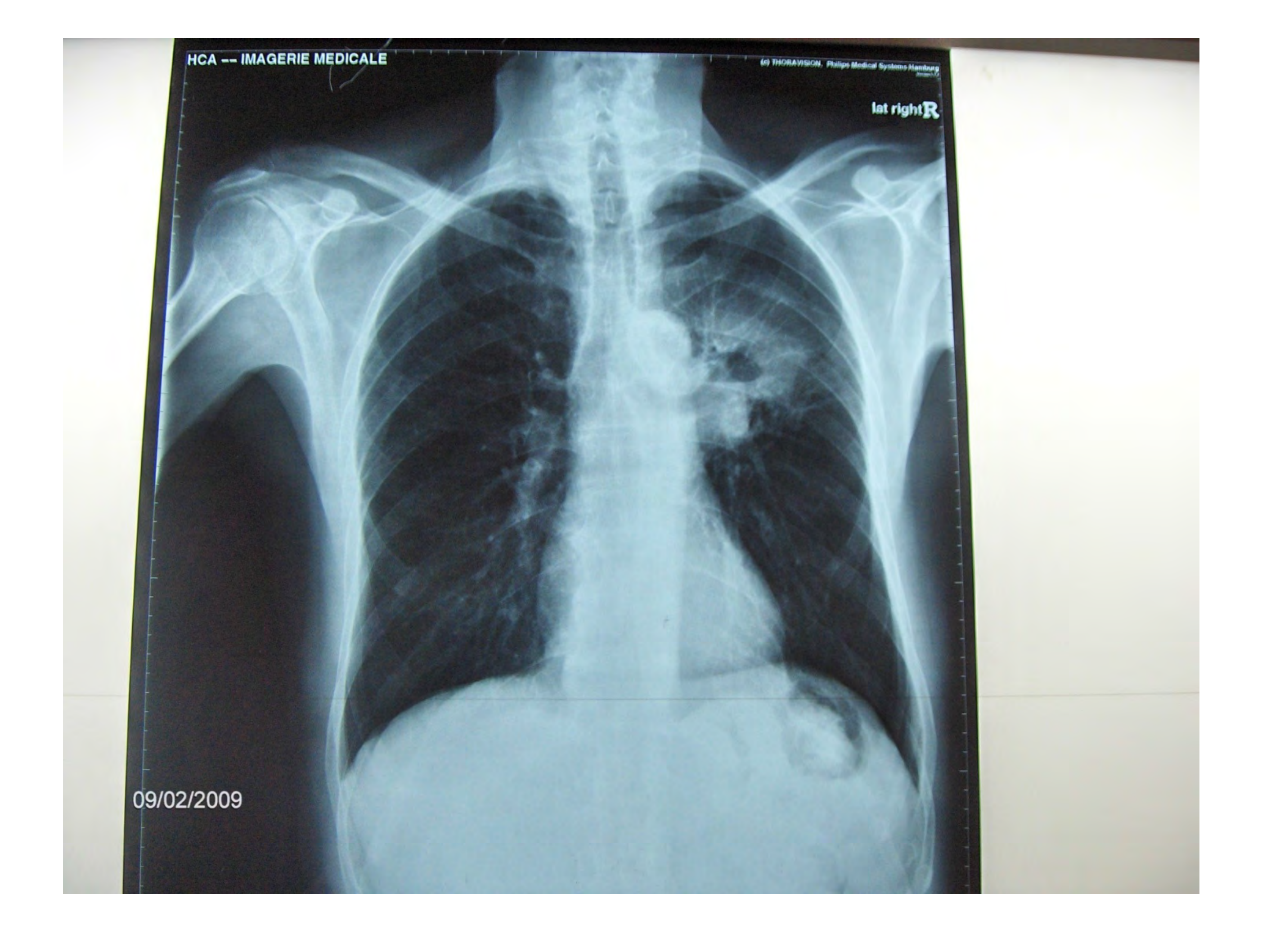
1. Orientation diagnostique :
   - Volumineuse opacité arrondie>4cm de diamètre, Limites externes irrégulières, émettant des prolongements, Lyse osseuse, Compression de lumières bronchique
   - Images en lâcher de ballon
   - Atélectasie
   - Image de pneumonie trainante
   - Image d'abcès

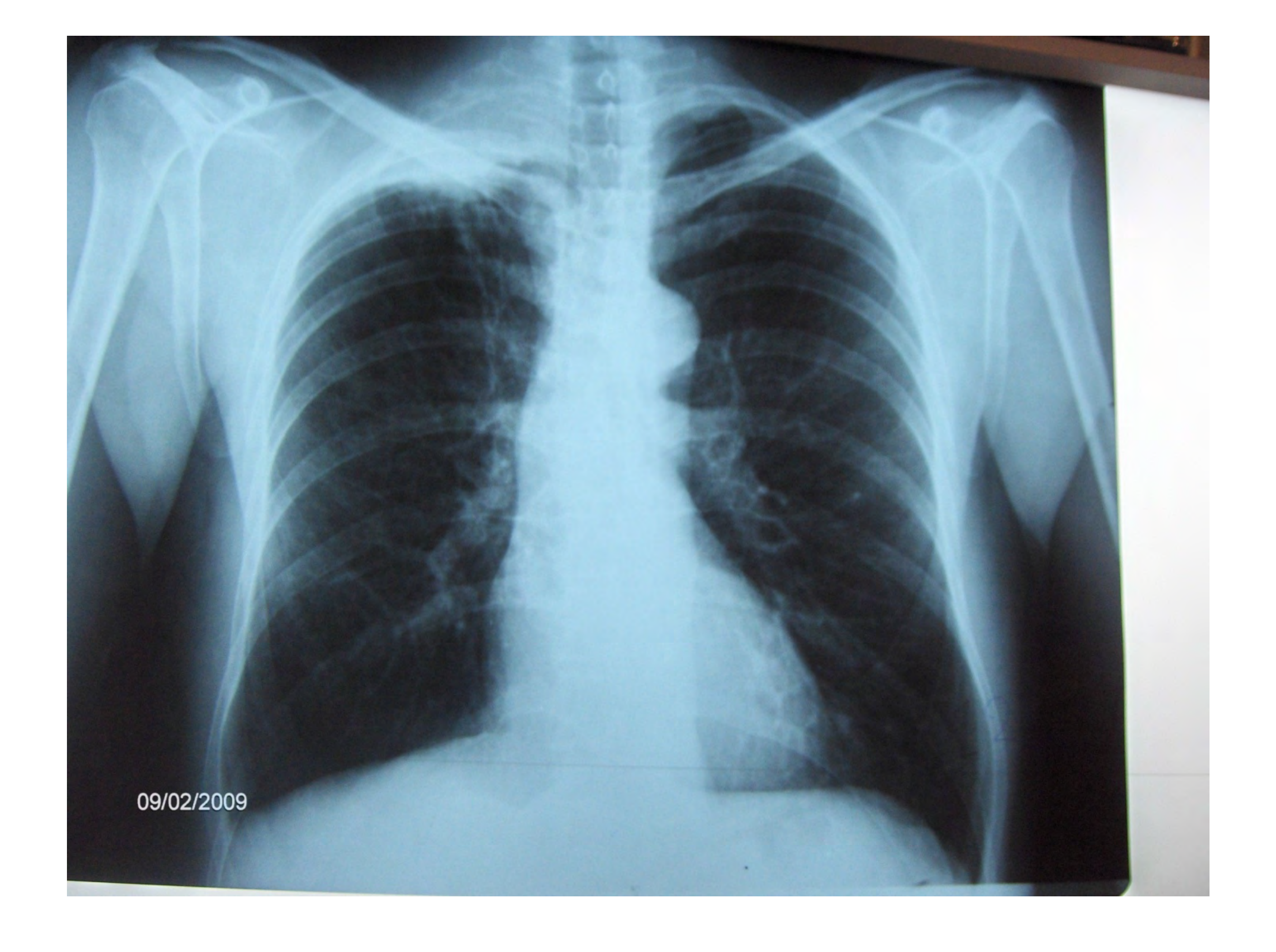
2. Les aspects moins caractéristiques

3. Cancer à image thoracique normale

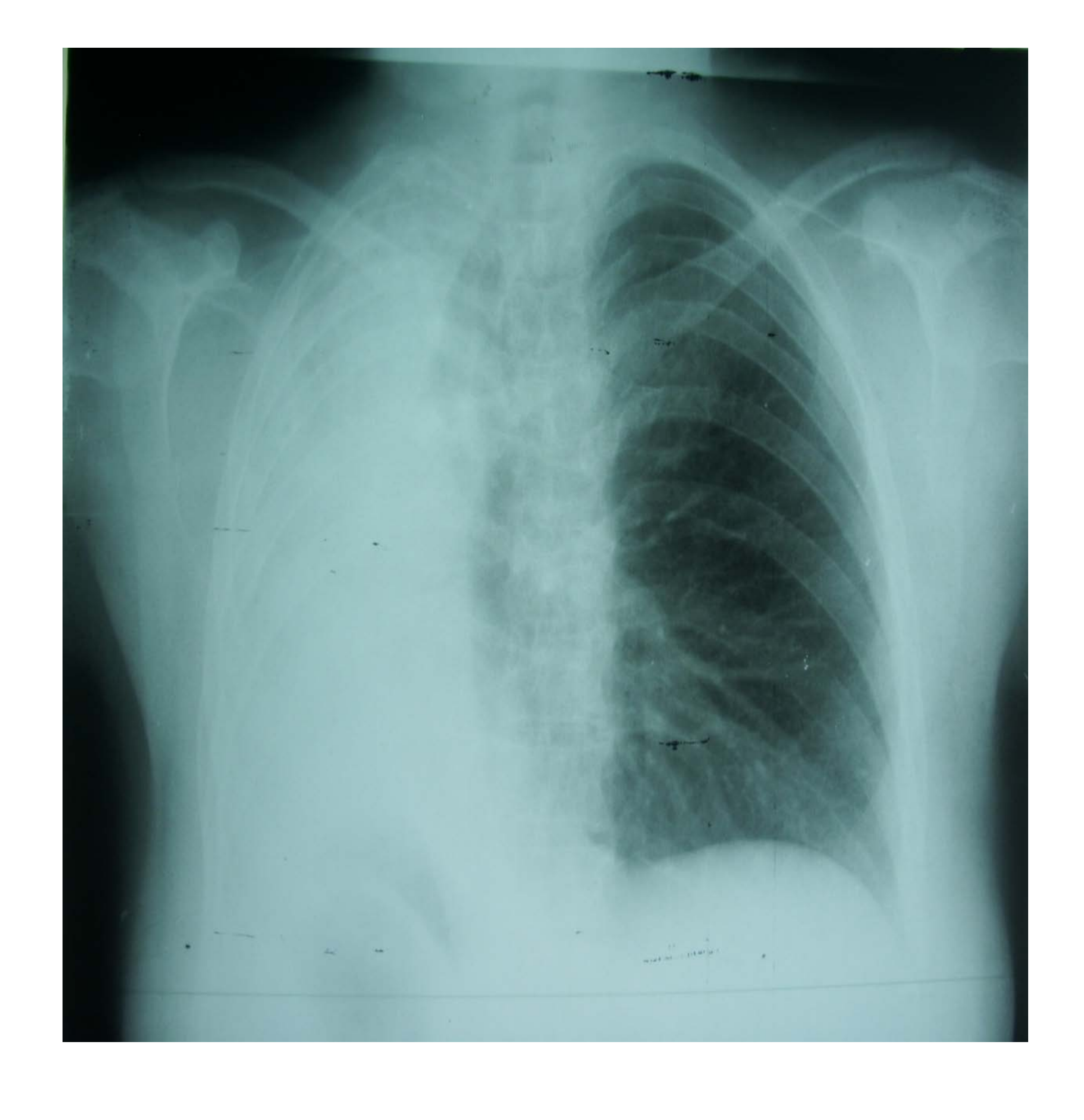

09/02/2009


(4)
125kV , 3.1mAs, 8.2ms, 1.3dGycm2, hist 1380
Exposure No: 21526, Processing type: lung_unsym_pa (19/09/2004 11:32)
19/09/2004, GOUAS, A/RAHMANE, *, /, U,


HCA -- IMAGERIE MEDICALE
lat right R
09/02/2009


09/02/2009






18/11/2008

TDM thoracique

- But:
  - préciser la nature tissulaire
  - Bilan d’extension loco-régional

Moyens de diagnostic histologiques

- Examens clinique :
  - Biopsie d'une lésion périphérique
- Fibroscopie bronchique:
  - Biopsie d'une lésion endoscopique (bourgeon, sténose , muqueuse bronchique anormale,…)
  - Biopsie transbronchique en cas de lésion périphérique
  - Cytologie du liquide d'aspiration bronchique à la recherche de cellules malignes.
- Si fibroscopie bronchique normale (masse périphérique): biopsie transpariétale sous échographie ou sous scanner thoracique.
- Ponction Biopsie pleurale en cas de métastases pleurales.
- Thoracotomie exploratrice: rarement+++

Les types histologiques

- Carcinome à petites cellules
  - Limité (localisé)
  - Etendu (diffus)

- Carcinome non à petites cellules = adénocarcinome bronchique, carcinome épidermoide, carcinome à grande cellules,
-

Bilan préthérapeutique

Bilan d’extension

- Bilan systématique:
  1. Examen clinique
  2. Télé thorax
  3. TDM du thorax
  4. Échographie abdominale

- Autres bilans demandés:
  1. TDM cérébrale systématique en cas d’adénocarcinome , carcinome à petites cellules
  2. Scintigraphie systématique en cas de CPC
  3. Autres en fonction des signes d’appel

Stadification CPC

- Limité (localisé): tumeur confinée à un thorax et aux ganglions lymphatiques régionaux pouvant être incluant dans un champ d'irradiation.

- Etendu (diffus):
  - Toutes atteinte au-delà des limites précédentes
  - Même l'épanchement métastatique homolatérale

Classification TNM du CNPC

T1 : Tumeur de 3 cm ou moins dans sa plus grande dimension, entourée par le poumon ou la

plèvre viscérale, sans évidence bronchoscopique d’invasion plus proximale que la bronchique lobaire (c’est-à-dire pas la bronche souche)

- **T1a** : Tumeur de 2 cm ou moins dans sa plus grande dimension
- **T1b** : Tumeur de plus de 2 cm sans dépasser 3 cm dans sa plus grande dimension

T2 : Tumeur de plus de 3 cm sans dépasser 7 cm dans sa plus grande dimension ou

présentant une des caractéristiques suivantes * :

- atteinte de la bronche souche à 2 cm ou plus de la carène
- invasion de la plèvre viscérale
- atélectasie ou pneumopathie obstructive s'étendant à la région hilaire sans atteindre l'ensemble du poumon.

- **T2a** : Tumeur de plus de 3 cm sans dépasser 5 cm dans sa plus grande dimension
- **T2b:**Tumeur de plus de 5 cm sans dépasser 7 cm dans sa plus grande dimension

T3 : Tumeur de plus de 7 cm ; ou envahissant directement une des structures suivantes : la

paroi thoracique (y compris la tumeur de Pancoast), le diaphragme, le nerf phrénique, la plèvre médiastinale, pleurale ou pariétale ou le péricarde ; ou une tumeur dans la bronche souche à moins de 2 cm de la carène sans l'envahir ; ou associée à une atélectasie ou d'une pneumopathie obstructive du poumon entier ; ou présence d'un nodule tumoral distinct dans le même lobe.

T4 : Tumeur de toute taille envahissant directement une des structures suivantes :

médiastin, coeur, grands vaisseaux, trachée, nerf laryngé récurrent, oesophage, corps vertébral, carène; ou présence d'un nodule tumoral distinct dans un autre lobe du poumon atteint

NX : les ganglions ne peuvent pas être évalués

N0 : pas de métastase ganglionnaire lymphatique régionale

N1 : métastase dans les ganglions lymphatiques intrapulmonaires, péribronchiques et/ou

hilaires ipsilatéraux, y compris par envahissement direct

N2 : métastase dans les ganglions lymphatiques médiastinaux ipsilatéraux et/ou souscarinaires

N3 : métastase dans les ganglions lymphatiques médiastinaux controlatéraux, hilaires

controlatéraux, scalènes ou sous-claviculaires ipsilatéraux ou controlatéraux

MX : les métastases à distance n'ont pas pu être évaluées

M0 : absence de métastase à distance

M1 : métastase à distance:

- M1a : Nodule(s) tumoral distinct dans un lobe controlatéral ; tumeur avec nodules pleuraux
- ou épanchement pleural (ou péricardique) malin
- M1b : métastase à distance

- Stade IA T1a, b N0 M0
- Stade IB T2a N0 M0

- Stage IIA
  - T1a, b N1 M0
  - T2a N1 M0
  - T2b N0 M0

- Stade IIB
  - T2b N1 M0
  - T3 N0 M0

- Stade IIIA T1, T2 N2 M0
  - T3 N1, N2 M0
  - T4 N0, N1 M0

- Stade IIIB T4 N2 M0
  - Tout T N3 M0

- Stade IV Tout T Tout N M1

Cas particuliers

1. Tumeur de Pancoast et Tobbias
    1. Tumeur de l'apex
    2. Lyse osseuse
    3. Syndrome de Claude Bernard Horner

2. Carcinome bronchiolo-alvéolaire (= cancer du poumon) peut simuler une pneumonie
    1. Secrétant: bronchorrhée+++
    2. Non secrétant

Bilan fonctionnel

- Spirométrie
  1. pour apprécier le risque opératoire La tumeur peur être reséquée :
  - VEMS >80% VT
  - VEMS > 1.5 L pour une lobectomie
  - VEMS > 2 L pour une pneumonectomie
  2. Avant la radiothérapie

- Scintigraphie de ventilation et perfusion pour le calcul du VEMS predictif

- Bilan cardiaque:
  - ECG systématique
  - Echographie cardiaque en cas de facteurs de risque d’insuffisance coronarienne, cardiopathie, ATCD d’AVC, diabète.

Bilan biologique

- Bilan biologique pré thérapeutique
  - FNS: anémie, taux de plaquettes
  - Bilan rénal: insuffisance rénale
  - hépatique
  - Dosage sanguin albumine

- Facteurs pronostic:
  - Lactates déshydrogénase (LDH)
  - Phosphatases alcalines
  - Natrémie
  - Bicarbonates sanguins

Traitement en fonction du stade de la maladie CNPC

	TNM	CHIRURGIE	RADIOTHERAPIE	CHIMIOTHERAPIE
Stade IA	T1N0	x		
Stade IB	T2NO	x		
Stade II	T1, 2 N1 T 3N0	x		
Stade III A	T3N1 T1, 2, 3N2 T4 N0, 1	X Selon situation	Selon situation X	Selon situation x
Stade III B	Tous T , N3 T4 N2		X x	X x
Stade IV	Tous T, N, M1			x

Traitement en fonction du stade du CPC

- Localisé:
  - Chimio-radiothérapie thoracique
  - Radiothérapie cérébrale prophylactique si rémission
- Diffus : chimiothérapie

Cas particuliers

- Pancoast-Tobbias:
- Métastase unique: si la tumeur thoracique est opérable, elle sera enlevée

Important

- Contre-indication de la chirurgie, chimio-radiothérapie si l'état général est altéré (PS >3)
- Altération de la fonction cardiaque et/ou respiratoire pas de chirurgie même si le malade est opérable

PRISE EN CHARGE SYMPTOMATIQUE

La prise en charge symptomatique (douleur, nutrition, etc.) fait partie intégrante de la prise en charge de ces patients.

- Le traitement antidouleur selon les paliers de l'OMS (des antalgiques mineurs jusqu'à la morphine) sans oublier la radiothérapie antalgique.
- Radiothérapie cérébrale en cas de métastases cérébrales symptomatique (cephalées, convulsion, vertiges, autres troubles neurologiques).
- Radiothérapie décompressive en cas d'extension intracanalaire vertébrale de la tumeur.

Autres thérapeutiques

1. Symptômes thoraciques: toux, hémoptysie, douleur thoracique et dyspnée.

2. Obstruction bronchique

1. désobstruction endobronchique est indiqué dans les obstructions proximales graves (trachée et/ou bronches principales, par une radiothérapie, une résection au laser, une thermocoagulation ou une cryothérapie.

2. +/- prothèse endoluminale, en particulier en cas de compression extrinsèque majeure de la lumière bronchique.

3. Métastases cérébrales

La radiothérapie cérébrale hypofractionnée est le traitement de référence des symptômes associés à des métastases cérébrales multiples (> 3).

4. Épanchement pleural symptomatique

1. Ponctions pleurales répétées
2. En cas d'épanchement pleural néoplasique libre récidivant sur poumon non trappé, le traitement de référence repose sur un talcage pleural sous thoracoscopie.
3. Lorsque le talcage perthoracoscopique n'est pas réalisable, l'instillation intrapleurale de talc en suspension peut être discutée.

Pronostic